

## インフルエンザ予防接種予診票

氏名		生年月日	T・S・H・R： 年 月 日（ ）歳
住所		体温 (必ず当院で測定)	度 分

質問事項	回答欄		医師記入欄
現在なにか病気にかかっていますか。	はい	いいえ	
病名( )			
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状を書いてください ( )	はい	いいえ	
今までに心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全症や発育障害などにかかり医師の診察を受けていますか。病名( )	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
現在ぜんそくや肺炎など呼吸器系の病気にかかっていますか。	はい	いいえ	
1ヶ月以内に麻疹、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜにかかりましたか。	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類( )			
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
その際具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
ニワトリの卵にアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。( )歳頃	はい	いいえ	
その時熱が出ましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	
(女性のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ	

インフルエンザ予防接種についてを読み、インフルエンザ予防接種の効果・目的、有用性、副反応の可能性などについて理解した上で、インフルエンザワクチンの接種を希望します。

令和 年 月 日 : 本人又は保護者の署名: \_\_\_\_\_

以下当院記入欄

以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は ( 可能 ・ 見合わせる )。

本人・保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有用性及び副反応並について説明をした。

接種日時: 令和 年 月 日 : 医師の署名: \_\_\_\_\_

実施場所: なかにし耳鼻咽喉科

今回の接種: 1 回接種 ・ 2 回接種の第 1 回 ・ 2 回接種の第 2 回

ワクチン名: インフルエンザ HA ワクチン ロット No: \_\_\_\_\_ 接種量: \_\_\_\_\_ ml

2022~2023 年 なかにし耳鼻咽喉科